

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 133

RÉFLEXIONS
SUR LES
ÉTATS SECONDS
APRÈS LES BATAILLES

Indocti discant, ament meminisse periti

THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 17 Mars 1920

PAR

Germain PERETTI

Né à Nice, le 21 Octobre 1891.

Médecin Aide-Major de 2^e classe.

Elève de l'École du Service de Santé Militaire (Promotion 1912).



LYON

IMPRIMERIE LÉON SÉZANNE

75, rue de la Buire

Mars 1920

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 133

RÉFLEXIONS
SUR LES
ÉTATS SECONDS
APRÈS LES BATAILLES

Indocti discant, ament meminisse periti

THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 17 Mars 1920

PAR

Germain PERETTI

Né à Nice, le 21 Octobre 1891.

Médecin Aide-Major de 2^e classe.

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire (Promotion 1912).



LYON

IMPRIMERIE LÉON SÉZANNE

75, rue de la Buire

Mars 1920

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. LÉPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, MORAT, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	{	BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	{	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....		FABRE
Clinique des maladies des enfants	{	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS
Physique biologique, radiologie et physiothérapie	{	LÉPINE (J.)
Chimie biologique.....		WEILL
Chimie organique et Toxicologie.....	{	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	{	HUGOUNENQ
Anatomie.....		MOREL
Anatomie générale et Histologie	{	MOREAU
Physiologie.....		GUIART
Pathologie interne.....	{	X...
Pathologie et Thérapeutique générales.....		POLICARD
Anatomie pathologique.....	{	DOYON
Médecine opératoire.....		COLLET
Médecine expérimentale et comparée	{	MOURIQUAND
Médecine légale.....		PAVIOT
Hygiène	{	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.....		ARLOING
Pharmacologie.....	{	ETIENNE MARTIN
		COURMONT
	{	PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe.....	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	LATARJET,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	GUILLEMAND	COTTE
COMMANDEUR	BRETIN	GARIN	DUROUX
NEVEU LEMAIRE	LÉRICHE	SAVY	BONVAMOUR, chargé des fonctions.
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	FROMENT	SARVONAT id.
VORON	TAVERNIER	THEVENOT (Lucien)	FAVRE id.
NOGIER	CADE	PIERY	ROUBIER id.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIC, Président ; ARLOING, Assesseur ;
MM. SAVY et FROMENT, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

J'offre ce travail, faible témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance éternelle.

A MES SCEURS ET A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

Professeur à la Faculté de Médecine.
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Pour le très grand honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. LÉPINE

Professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales.

Pour toute la sollicitude dont il nous a, à maintes
reprises, donné le témoignage.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. CHAVIGNY

Médecin principal de l'Armée.
Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Dont les précieux conseils et les preuves multiples
de dévouement ont été pour nous d'un grand soutien
dans la rédaction de ce travail.

A MONSIEUR LE MÉDECIN INSPECTEUR SIMONIN

Directeur de l'Ecole du Service de Santé.

A qui nous exprimons notre vive gratitude, car
nous lui devons une partie de la documentation de
notre travail.

AUX CAMARADES héroïques qui, par la renommée de leurs exploits, ont perpétué la gloire de la France et qui, pour le triomphe des droits de l'Homme, sont morts au Champ d'honneur.

*Et sous l'ardent soleil, et sur la plaine noire,
Si, heurtant de leur cœur la gueule du canon,
Ils sont morts, Liberté, ces braves, en ton nom,
Béni soit le sang pur qui fume vers ta gloire.*

(LECONTE DE LISLE.)

AVANT-PROPOS

Ce travail est un essai bien modeste, à cause de l'inexpérience forcée de celui qui en a conçu l'idée.

Peut-être certains esprits en trouveront le titre d'une prétention singulière pour un débutant dans l'étude délicate de la psychiatrie. Qu'ils veuillent bien nous excuser et songer à ce fait que nous obéissons même en temps de paix aux exigences de la guerre...

Nous prions M. JOSSERAND, Inspecteur de l'Enseignement primaire, de vouloir bien accepter nos remerciements pour la complaisance avec laquelle il a toujours consenti à mettre à notre disposition la richesse de sa bibliothèque. De même notre gratitude est due à M. CHAURAND, Professeur au Lycée Ampère, Bibliothécaire de l'Ecole du Service de Santé militaire, qui a aidé à l'accomplissement de notre tâche, en nous offrant les ressources de sa culture philosophique — et qui plus est — de son profond désintéressement.

INTRODUCTION

DE L'INCONSCIENT ET DES ÉTATS SECONDS

Il y a dix-huit ans, eut lieu à Pittsburg, le Congrès de l'Association américaine pour l'avancement des sciences. Et du discours prononcé par son président, nous soulignons le passage suivant :

Le problème de la conscience est à la fois le plus vieux problème de philosophie et l'un des plus nouveaux problèmes de la science. Le temps n'est pas encore de donner une définition satisfaisante de cette faculté et il nous faut nous contenter de la décision des métaphysiciens qui font du fameux *Cogito ergo sum* tout leur système (1).

Voici d'autre part une pensée de Hartmann :

Les psychologues modernes ne sont pas d'accord sur les hypothèses directrices qui doivent servir de fondement aux explications des faits de la vie mentale, mais l'accord règne entre eux en ce que le contenu de la conscience ne peut être expliqué que par des hypothèses qui le dépassent. Or, tout ce qui dépasse le contenu de la conscience est directement inconscient ; il y a donc accord en ceci, que les hypothèses explicatives de la psychologie ne peuvent être puisées que dans un principe directement inconscient.

(1) Discours prononcé par SEDWICK-MINOT : « La conscience au point de vue biologique ».

L'inconscient, dit Ribot, est un accumulateur d'énergie; il amasse pour que la conscience puisse dépenser.

Et Durkheim pense qu'il y a dans la vie mentale des éléments réels et agissants qui ne sont pas des faits purement physiques, et qui pourtant, ne sont pas connus du sens intime.

Or, l'existence des éléments de la connaissance qui sont le fondement de la notion de conscience est supposée dans le *Cogito ergo sum*. Exemple : le Concept de personnalité. Mais il n'est pas douteux, d'autre part, que les sensations les plus élémentaires — et dont l'origine se trouve dans la perception du monde extérieur — sont en partie constituées par de l'Inconscient. Le développement brutal et qui s'impose à nous de la notion d'Étendue — notion essentiellement intuitive — n'a de possibilité que grâce à l'action combinée d'un nombre indéfini de mouvements et de perceptions — éléments psychiques de nos sensations — et qui demeurent inconscients.

C'est surtout, dit Höffding, dans le développement des sentiments que les impressions inconscientes jouent un grand rôle. Le sentiment n'est pas seulement déterminé par des sensations et par des représentations claires et précises, mais encore par des influences imperceptibles, dont la somme seule, compte pour la conscience.

Et il est aisé dans la dissociation analytique des habitudes, des tendances, des penchants, d'isoler la part d'inconscient.

Nous faisons une promenade avec une personne, et, tout en concentrant notre attention sur le sujet en cours de discussion, nous nous détournons des endroits dan-

gereux, suivons le chemin exact qui nous conduira au terme de notre sortie. Or, cet assemblage de faits, ressortissant à l'activité motrice, est la sommation de combinaisons inconscientes. Qu'est-ce donc que l'Inconscient ?

Il est nécessaire, d'abord, d'écrire la pensée suivante due à Beaunis :

Nous avons tous malgré nous, une tendance à déformer les faits que nous observons, à les plier à nos idées, à nos habitudes mentales, à notre manière de voir.

Et cette disposition se rencontre chez de très grands esprits. Tel Hegel qui prétend que le fondement du Cosmos réside dans les « Idées Rationnelles ». Raisons du Monde, ces idées possèdent la propriété d'évoluer d'une manière inconsciente et n'atteignent la conscience absolue que par ascensions successives vers elle.

Or, soutenir pareille théorie, n'est-ce pas donner une philosophie de l'Inconscient basée non sur une critique rigoureusement scientifique de faits rigoureusement existants, mais au contraire sur des arguments de système, grâce auxquels on a l'espoir de deviner le principe premier destiné à servir d'explication aux manifestations phénoménales ?

Si donc l'on s'abstient de toute conception non adéquate aux données de l'expérience, il faut admettre — conformément à ces données — que la sensation jadis tenue pour un élément irréductible, est bien, suivant la conception de Liebnitz, une synthèse, c'est-à-dire l'expression concrète de perceptions inconscientes. Ce qui conduit à regarder comme étant inconscients les

phénomènes psychologiques qui ont une action sur notre vie intérieure sans faire partie intégrante de la conscience, laquelle apparaît comme la notion intime de ce qui se passe en nous.

*
* *

Tout le monde connaît la lettre fameuse que Chevreul écrivit à Ampère, et dont voici un intéressant passage :

Vous me demandez une description des expériences que je fis en 1842 pour savoir s'il est vrai, comme plusieurs personnes me l'avaient assuré, qu'un pendule formé d'un corps lourd et d'un fil flexible oscille lorsqu'on le tient à la main au-dessus de certains corps, quoique le bras soit immobile (2).

On est donc en présence ici d'un isolement particulier qui entoure certains systèmes de mouvements par rapport au moi.

Parmi les mouvements musculaires, dit Richet, il en est un certain nombre qui ne sont ni connus, ni voulus de celui qui les exécute.

La personnalité est en relation avec les autres êtres pensants par la Parole et le Mouvement, actionnés par la Volonté, tandis que les états psychiques et les phénomènes moteurs qui les traduisent accusent une organisation indépendante. Et ces états psychiques, et ces mouvements sont un agrégat d'images mentales inconscientes en corrélation entre elles et les mouvements qui les expriment. Il s'agit, en fait, d'une *personnalité*

(2) *Revue des Deux-Mondes*, 1^{er} mai 1832.

seconde dont l'étude a sollicité la sagacité de tous ceux qui s'occupent des choses de la pensée, et que les psychiâtres reconnaissent dans l'analyse de certains états que nous définirons en cours de travail.

*
* *

Les actes inconscients initiaux, irréductibles, sont ceux que Lasègue a conçus sous le nom de *catalepsies partielles*. Ils représentent des adaptations qui se passent à l'insu de la conscience du sujet — ce qui sert à les individualiser des mouvements conscients. Et Janet, et Binet, et d'autres encore, ont donné connaissance de nombreuses observations — désormais trop classiques pour être reproduites — et qui nous font saisir que des états psychiques puissent être décelés en dehors de la personnalité consciente. Ce sont des cas de double personnalité — signature d'une désagrégation psychique lentement constituée. Entre ces cas de dualité et les cas de multiplicité des états de conscience — correspondant pour ainsi dire à une personnalité pluriparcellaire — il existe des intermédiaires nombreux. Les témoignages nous en sont fournis par des histoires patiemment observées, depuis celle de la Félida d'Azam, jusqu'à celle qui fut rapportée par Morton Prince et relative à Miss Beauchamps. Ces études nous apprennent qu'une série de sentiments et d'idées nettement distincts de ceux de la personnalité normale — personnalité prime — peuvent dans certaines conditions déterminées par la clinique, se constituer en un autre Moi, dont l'introspection est étrangère au Moi fondamental. Ce sont des *états*

seconds qui n'accèdent à la connaissance de l'état prime que grâce à leurs effets, et qui demeurent l'expression d'une activité inconsciente du psychisme de l'individu. Celle-ci s'organise aux dépens de la personnalité consciente et se systématise en de multiples personnalités secondes, ayant une existence distincte, c'est-à-dire non reliée à l'état prime par la Mémoire : ce qui conduit à admettre que l'Amnésie est la suite logique d'une perturbation profonde du Moi.

* * *

Il ne faut point établir de fausse synonymie et songer par erreur à l'identité de l'Amnésie et de l'oubli. Ce dernier est normal, pour ainsi parler, car, suivant la pensée de Dugas (3), au lieu d'atteindre la conscience dans son intégrité, il représente l'élément grâce auquel le Moi réalise l'« excrétion » (4) des impressions confuses et contingentes. Et cet oubli — normal — loin de paraître la négation de la Mémoire, en est, à certains titres, la condition. Mais la perte du souvenir reste tout entière du domaine de la psychiâtrie, quand elle représente une rupture de l'équilibre mental — signe d'une désagrégation de la synthèse psychique. On peut donc, à certains points de vue, la regarder comme le reflet de la personnalité, puisqu'elle est intimement liée à son évolution. Si bien que, Mémoire et Amnésie, traduisant les variations d'une personnalité mouvante, tendent, en

(3) DUGAS. « La Mémoire et l'Oubli ».

(4) *Loc. cit.*

dernière analyse, à faire considérer la Conscience comme l'expression d'un conflit de souvenirs.

*
* *

Nous avons choisi, comme sujet de thèse, l'exposé de réflexions suggérées par quelques observations relatives à l'Inconscient après les Batailles — exposé d'une imperfection qui ne saurait nous échapper et pour lequel l'indulgence du lecteur est requise. Nous essaierons néanmoins de donner une analyse des états seconds chez l'homme après le combat — de déterminer la part qui revient à la confusion mentale simple : ainsi sera constitué le chapitre premier.

Le chapitre deuxième est tout entier rempli par l'étude de la genèse des états seconds. De sorte que la question médico-légale — chapitre troisième — est la conséquence logique des deux premiers essais, qui lui servent d'introduction.

La nature, dit Bergson, procède par suggestion comme l'art. Le poète est celui chez qui les sentiments se développent en images, et les images elles-mêmes en paroles, dociles au rythme, pour les traduire. En voyant repasser devant nos yeux ces images, nous éprouvons à notre tour le sentiment qui en était pour ainsi dire l'équivalent émotionnel (5).

S'il en est ainsi, maintenant « qu'il fait bon vivre pour nous les victorieux » (6), voici l'image de ces êtres humains dont la pensée, plongée dans de profondes

(5) H. BERGSON. « Essai sur les données immédiates de la conscience ».

(6) VOIVENEL et MARTIN. « La Guerre des Gaz » (1918).

ténèbres, les rendit pour un temps étrangers aux réalités du Monde sensible. Victimes peut-être trop oubliées de la guerre révolue, ces soldats ont souffert dans leur affectivité au point de douter d'eux-mêmes — puisque, au réveil d'une conscience qui semblait éteinte, ils ont appris l'existence d'un abîme, dans la succession de leurs souvenirs.

CHAPITRE PREMIER

LES ÉTATS SECONDS APRÈS LES COMBATS

SOMMAIRE : **Observations.** — **La confusion mentale simple.**
— **Les impulsions anxieuses.** — **Le syndrome dys-**
mnésique. — **Conclusions.**

OBSERVATION I

Ch... (Pierre), 25 ans, du ...^e régiment d'infanterie. Profession : Charron.

Antécédents héréditaires: Père suicidé dans un accès de folie.

Antécédents personnels: Rougeole. Fièvre typhoïde. Violentes colères pour des raisons futiles, colères suivies de céphalalgie. A 13 ans, quitte le domicile paternel. Pas de condamnations, ni civiles, ni militaires. Pas de spécificité. Pas d'éthylisme. Le 16 février 1917, fut envoyé au Train Régimentaire avec la mention « à faire reposer, en observation, fatigue cérébrale ».

Physionomie intelligente, pâlit ou rougit à la moindre émotion. Querelleur. Tendance à regarder ses chefs comme ses persécuteurs. Aucun stigmatte de dégénérescence, sinon léger prognathisme inférieur. Susceptibilité extrême, impulsions motrices brusques, si brusques que la réflexion ne saurait y exercer d'influence. Très ému quand on lui parle d'un frère tué à l'ennemi il y a deux mois.

A la suite du combat, s'est rendu au Poste de Secours mal installé, s'est assis tranquillement sur terre, près du poêle, la main dans l'attitude du salut, les yeux ouverts. A conservé

quelque temps cette position, puis comme un blessé arrivait, s'est levé, a pris des paquets de pansement, de la teinture d'iode, du chloroforme, me faisait passer ce matériel avec douceur et bon sens. Soudain un cri : « Mais c'est le major... Mais qu'est-ce qu'il fait ici! Mais, Monsieur le major... Mais pourquoi? Où est le capitaine? Ma compagnie? » Interrogé rapidement, ne se souvient pas de l'assaut du matin — où il s'est vaillamment conduit — du bombardement inouï, des masques, du thé que je lui ai offert, du pansement qu'il m'a aidé à faire et est tout étonné de se trouver au milieu de blessés gémissant ou criant dans les couchettes.

OBSERVATION II

D... (Jacques), 24 ans, du ...^e régiment d'infanterie. Profession : Vigneron.

Antécédents héréditaires: Père alcoolique. Mère « neurasthénique »; toussé beaucoup; une sœur morte à six mois de « méningite ». Dit : « Chez moi on boit bien ».

Antécédents personnels: Aucune maladie dans l'enfance. Peu intelligent, caractère grossier, difficile à manier et à contenter, violent, brutal, mais courageux et brave. Emotivité remarquable; est brancardier au bataillon et, lorsque l'ordre lui est donné de se rendre à un endroit présumé dangereux, le premier phénomène apparent est une pâleur extrême et subite. Cependant très crâne. Pas de tremblement. N'a jamais été surpris en état d'ivresse.

Le 20 avril 1916, au bois N... à V..., situation très critique connue malheureusement de tous. Bombardement violent par obus de 24 centimètres, qui tombent uniquement autour du Poste de Secours, à un croisement de boyaux, à raison de trois à quatre par minute. Notre artillerie fait rage, de sorte que le vacarme est extraordinaire. Le Poste de Secours est représenté par une toile de tente recouvrant une impasse de boyau. Les premiers blessés arrivent. La boue, la faim, la soif, la fatigue, l'horreur.

D... se lève soudain et sort. Il prend une musette à pansement. Voici le billet qui m'était adressé environ 1 h. 30 après : « Le brancardier D... vous est envoyé au Poste de Secours parce qu'il ne sait plus ce qu'il fait. »

Au Poste de Secours, D... ne reconnaît personne, a chaud, éponge son front avec de la ouate, puis se lève, vient vers moi, met la main sur ma tête couverte d'un casque et retourne à sa place s'asseoir. Remarque : mydriase, de temps en temps mouvements de reptation des doigts.

Soudain, le visage de D... change. A l'hébétude, à la torpeur, fait place une mimique énergique. On reconnaît le brancardier des jours précédents qui calme les blessés dans leurs craintes, fait des pansements, a des accès de violence contre les camarades qui ne se « débrouillent » pas. Interrogé, ne se souvient de rien, même pas de son départ en première ligne et de la suite des événements. Renseignements pris 48 heures après : en première ligne il voulait sauter par-dessus le parapet vers l'ennemi. Comme on le retenait, il faisait le signe de croix et exécutait des gestes de menace vers le ciel, puis déplaçait le brancard et se couchait. Fut alors envoyé au Poste de Secours parce qu'il ne répondait pas aux questions posées et semblait ne plus avoir conscience de son état.

OBSERVATION III

Le 17 avril, à 3 heures du matin, les brancardiers et infirmiers du 3^e bataillon du ...^e régiment d'infanterie sont blottis dans un Poste de Secours commun avec le 1^{er} bataillon. Abri très précaire, éloigné de la première ligne d'environ 800 mètres, situé au bord de la Suippe, loin du Poste de Secours central.

Soudain, nuit complète, détonation formidable. Des cris ! Dès cris ! Un obus de gros calibre vient de traverser l'abri et d'éclater au milieu des hommes. Dix morts, quatre mortellement atteints. Aspect lamentable du Poste de Secours. Au plafond est fixé le cuir chevelu d'une victime. Du sang, des

viscères, des débris humains, une tête arrachée, spectacle horriblement tragique. Plus de lumière, les lampes à acétylène ont explosé et, au milieu de ce charnier rendu d'aspect encore plus terrifiant par la fureur du bombardement, des éclatements, de la pluie de fer qui tend à nous submerger, je vois le seul vivant qui reste encore : c'est le brancardier F..., qui, après avoir ri à en perdre haleine, est entré soudain dans un mutisme absolu. Les secours sont rapidement organisés. F... nous aide précieusement. Il ne rit plus, ne parle pas, ne comprend rien aux ordres donnés. Il agit à sa façon, avec allure intelligente du reste. Le bombardement fait rage. C'est l'attaque qui est déclenchée : 4 h. 20. Mon inquiétude est extrême, aucun brancardier, pas de téléphone, pas de communications, pas de Poste de Secours. Le seul appui vivant qui me reste est celui d'un dément. Les blessés affluent. F... est dans son coin, anéanti, hébété. A midi, il se lève, s'étire, sort, revient avec une petite marmite boche remplie de soupe chaude. Dans son bidon, du café chaud. « Et le pinard ? » dis-je. Pas de réponse. Il avait oublié ce qu'un soldat de valeur n'oublie jamais... A mon injonction de venir manger, F... ne répond pas, mais pose son casque par terre, s'assied près d'un camarade tué et recouvert d'une toile. Il découvre le cadavre, le considère, le fixe, le recouvre. Puis ses yeux oscillent à droite, à gauche. Sa tête suit les mouvements des yeux, tantôt fléchie, tantôt inclinée latéralement, tantôt vers la droite, tantôt vers la gauche. On dirait que ces mouvements des yeux et de la tête — incessants — sont la traduction d'une inquiétude que je ne puis pour l'instant définir. Puis, stabilisation de l'attitude. F... met la main dans sa musette, en sort un morceau de pain, du chocolat. Il mange. Je lui présente un gobelet plein de vin restant de la veille. Il ne daigne même pas regarder. Je le dépose à ses côtés. Mais ce qui me frappe, c'est cette mobilité du regard, cette façon singulière de sauter d'un objet à un autre. Soudain, un mouvement brusque, une extension des bras avec main crispée, et F... saisit le gobelet plein de vin et l'avale d'un trait. Son regard devient alors, par un contraste frappant, de plus en plus fixé vers un objet imaginaire, qu'il paraît situer en face de lui, contre la paroi

de l'abri. Et petit à petit, F... esquisse un rictus, puis un léger mouvement des doigts.

A 14 heures, un blessé arrive. F... se lève, va prendre ma trousse, allume une bougie, porte un paquet de pansement A sous son bras gauche, puis un paquet C, puis trois ou quatre individuels, deux attelles (le blessé est atteint d'une plaie légère du cuir chevelu). Il va au Poste de Secours du 1^{er} bataillon, en revient muni d'un gobelet de thé chaud qu'il offre au blessé. Tout cela dans le silence le plus absolu avec des gestes sûrs, mais saccadés. Le Groupe de Brancardiers Divisionnaire a envoyé une équipe qui emporte mon blessé. F... va s'asseoir, pousse un soupir. Position : coudes sur les genoux, mains ouvertes soutenant le menton. Je m'approchai un instant après. Il ne dormait pas. A 15 h. 30, se lève, vient vers moi, me salue, a un faciès atterré; de grosses gouttes de sueur perlent sur son visage. Les joues sont creuses. « Mais, qu'est-ce qu'il y a eu, Monsieur le Major? » — « Tu vois bien, le Poste de Secours a été repéré, les camarades sont tués. » F... éclate, alors en sanglots. « Je suis fou; où me trouvais-je donc à ce moment? » F... est en pleine amnésie; il ne se souvient pas de la relève, de son passage au Poste de Secours central, de l'éclatement des grenades que portaient les poilus de la 11^e compagnie, n'a aucune connaissance du bombardement et surtout de ses faits et gestes depuis la catastrophe. Il semble, depuis la nuit dernière, avoir vécu une autre vie, subconsciente, indépendante de la sienne propre et qui représente comme une tache sombre sur un fond lumineux.

OBSERVATION IV

(Extrait de l'ouvrage de M. le Médecin-Inspecteur Simonin :
De Verdun à Mannheim (P. VITET, éditeur, Paris).

Vers 17 heures, je vois arriver, soutenu par deux hommes, un commandant du 104^e, anhélant, affolé, tremblant, complètement désorienté; c'est une figure de connaissance; je me

souviens l'avoir aperçu à l'entrée du village d'Ethé, au moment où nous l'avons quitté; il est petit, blond, et paraît physiquement usé; on devine aisément qu'il est sous le coup d'un choc moral intense, d'une sorte d'hallucination. Il a vu périr autour de lui ses compagnons et ses soldats; il répète d'un ton monotone et égaré : « Ils sont tous morts!... Le lieutenant est mort! Tous sur la côte en montant là-bas... Tous sont morts... » On l'examine, on le palpe; il n'est pas blessé. On le fait boire, je lui tends un peu de pain et de viande froide que j'avais dans ma sacoche d'état-major; il mange avidement, machinalement, puis reste prostré, anéanti, pendant près d'une heure.

Tout à coup, il paraît revenir à lui. Il se lève et me dit : « Mais je suis dans une ambulance. Ce n'est pas ma place, je ne suis pas blessé... Qu'est-ce que je fais là! Il faut que je parte! c'est mon devoir! » Il se lève, tout chancelant encore; je veux le retenir : il proteste et s'excuse à nouveau d'être à l'ambulance; il ne sait ce qu'il est venu y faire. Je lui conseille de gagner Grandcourt et la Malmaison par Ruette. Il disparaît, hagard, la démarche mal assurée. Il est évidemment sous le coup d'une de ces psychoses de choc naguère décrites par Saporito.

Voici donc des exemples qui nous permettent de saisir les différentes étapes de cette déchéance morale dont le terme ultime est l'obscurcissement de la conscience. Une première phase se détache nettement chez Ch... et constitue une sorte de *période prodromique* — j'allais dire méditative — qui correspond assez bien à la confusion mentale simple.

Point de bouffées délirantes à grand drame, mais une torpeur intellectuelle, une obnubilation psychique qui se fond dans l'état confusionnel de l'individu sans que l'observateur ait eu la possibilité d'en saisir immédiatement la nature. Dans cette même relation — for-

cément imparfaite si l'on a la pitié des combats — mais qui témoigne rigoureusement de la netteté de certains symptômes, il est dit que Ch... avait été envoyé quelques jours dans un lieu de repos en raison de son état de « fatigue cérébrale ». Il s'agissait de cette violente céphalée orbitaire qui oblige le malade à froncer les sourcils et à maintenir les poings appliqués contre les bosses frontales. Et dans la journée, des exacerbations douloureuses arrachaient quelques cris au patient. Mais le soir, au moment du coucher, il était aisé de percevoir sur la physionomie de l'homme cérébralement fatigué, une expression de tristesse inquiète, d'un mauvais présage pour la tranquillité de la nuit.

Puis, à une heure avancée, quand survenait l'accablement physique, corollaire de la souffrance intérieure, on remarquait l'apparition, dans le demi-sommeil, d'un onirisme léger, lequel, cliniquement, n'était exprimé que par un cauchemar. Quelques gestes, quelques accidents moteurs, comme le fait de soulever doucement le bras gauche et de le laisser lourdement tomber sur ce qui servait de lit. Et au réveil, une tachycardie jointe à une tachypnée de faible amplitude ; une réponse négative aux interrogations du médecin sur l'agitation de la nuit révolue.

N'est-ce pas là l'origine, l'éveil pour ainsi dire, de cette amnésie que nous retrouverons dans un chapitre à venir et qui se montre comme le trait clinique primordial des troubles profonds de la personnalité consciente ? L'affectivité même de ces malades est annihilée, car, tandis qu'on présente à Ch... une lettre écrite par sa mère, il ne daigne même pas diriger son regard vers

l'écriture familiale ou esquisser le moindre geste dans le but d'extérioriser une joie qui fut le soutien le plus fort de ceux qui connurent et les vrais drames et les vraies tragédies. Nous définirons plus tard ces *états crépusculaires*, résultat d'une désintégration auto-psychique. Mais ce qui frappe, dans cette période initiale, c'est une lassitude, une fatigue douloureuse que les mots ne peuvent définir, mais que la plus petite perturbation cosmique conduit au paroxysme. Cela fait songer — sans doute avec une bien lointaine approximation — aux blessés tétaniques de Dupuytren, qui, au vacarme occasionné par les coups de fusil et les pétards tirés autour de l'Hôtel-Dieu en 1830, en l'honneur de la victoire, laissaient s'élever du fond des salles hospitalières, des cris de poignante douleur.

« Il y a, dit M. le Professeur J. Lépine, une sorte « d'incapacité au repos du corps et de l'esprit. » C'est ainsi que l'on peut établir la synthèse clinique de ces multiples accidents psycho-physiologiques retrouvés à l'origine de ces troubles confusionnels — légers sans doute — mais dont la latence est parfois la clef de voûte d'un édifice beaucoup plus complexe et dont le syndrome dysmnésique — qui réclame une étude — est l'élément primordial.

*
* * *

D... voulait sauter par-dessus le parapet, vers l'ennemi. Comme on le retenait, faisait le signe de la Croix et exécutait des gestes de menaces vers le ciel.

Il y a là deux facteurs : un phénomène anxieux joint

à une impulsion soudaine, à un raptus. On ne peut dire si, dans les conjonctures présentes, la tentative de suicide est susceptible d'être invoquée. Mais il y a bien le caractère impulsif de l'acte dont la définition s'impose.

Le principe fondamental, dit Ribot, qui domine la psychologie de la volonté sous sa forme impulsive à l'état sain comme à l'état morbide; c'est que tout état de conscience a toujours une tendance à s'exprimer par un mouvement, par un acte. Ce principe n'est qu'un cas particulier, propre à la psychologie de cette loi fondamentale que le *réflexe* est le type unique de toute action nerveuse, de toute vie de relation... A s'en tenir à ce qui précède l'activité volontaire nous apparaît comme un moment dans cette évolution ascendante qui va du réflexe simple dont la tendance au mouvement est irrésistible, à l'idée abstraite, où la tendance à l'acte est à son minimum (7).

Qu'il nous soit permis de faire remarquer la nécessité absolue d'admettre l'existence d'un plan intermédiaire entre le réflexe pur et l'acte conscient — tout entier occupé par le subconscient. Quand, pour prendre un exemple, on boit, on marche, sans y prêter nulle attention, ce n'est pas d'un acte réflexe qu'il s'agit mais d'un acte subconscient. Un acte réflexe a un centre médullaire, il est simple et infaillible; de plus il est inné.

Un acte subconscient est un acte appris, devenu automatique par répétition. Or, les états que nous décrivons, sont du nombre de ceux dans lesquels l'individu fonctionne avec son activité subconsciente, répétant des

(7) RIBOT. « Maladies de la Volonté », Introduction.

actes complets, mais habituels. Un acte réflexe échappe à l'action coercitive de notre volonté, quand l'incitation, point de départ, s'est produit. On peut contrarier un réflexe, par exemple, en mettant en œuvre une contraction antagoniste — sans que pour cela il soit supprimé : un choc sur le tendon rotulien entraîne toujours la contraction du quadriceps crural. Une contraction volontaire des muscles de la loge postérieure de la cuisse peut empêcher à ce moment le mouvement subséquent de la pointe du pied, mais le réflexe n'en a pas moins lieu. Au contraire, la volonté peut toujours arrêter, soit au début, soit en cours d'exécution, une série d'actes subconscients. Il arrive même que l'acte subconscient soit plus aisé, plus rapide que le même acte répété sous la direction de notre conscience. Essayer de descendre très vite, en y faisant attention, un escalier très familier, risque de provoquer une chute, laquelle aurait été certainement évitée si, pendant la descente de ce même escalier, notre Moi avait disparu sous le coup d'une émotion vive, d'une idée étrangère. .

Les hommes dont nous relatons l'histoire aux tranchées, répétaient de la façon la plus nette des séries d'actes habituels. Leur subconscient fonctionnait et ce qui manquait complètement c'était le contrôle conscient, volontaire. Et l'impulsion apparaît dans le domaine de la pathologie dès que l'équilibre est rompu à son avantage, c'est-à-dire dès que l'on constate la dislocation du tonus volontaire et la *tendance* au retour vers le réflexe initial. C'est le contraire de ce qui se passe dans l'ascension de l'enfant à l'adulte où l'on perçoit la génération de nouvelles propriétés destinées à coor-

donner, exciter ou inhiber cette propension à la réflexivité, ce qui revient à proclamer qu'une force aveugle et à déterminisme fatal, sera transformée en un acte subconscient, d'abord, conscient par la suite, lequel demeure au regard de l'acte réflexe comme une sorte d'antinomie.

Ainsi, les malades observés par nous, étaient en état d'activité subconsciente, non réfrénée par la raison — alors absente — ce qui nous explique le développement de l'automatisme à l'occasion des crises d'anxiété engendrées par les circonstances de guerre, crises qui peuvent éclore dans des cerveaux d'élite, centres des qualités les plus nobles, les plus mâles, les plus humaines.

Il y a des troubles idéatifs consistant en représentations mentales non compatibles avec la notion de personnalité, car, peut-on donner une autre explication du fait que D... tend son brancard dans une tranchée de première ligne pour y dormir? Nous assistons à un début de scène stéréotypée sous l'empire de représentations obsédantes, telles que la pensée d'un assaut prochain, l'annonce d'une vague toxique. Et chez notre sujet, les raptus émotifs dont on vient d'esquisser la nature, sont parfaitement inconscients. De sorte que, pour nous servir de l'expression elle-même des idées de M. le Professeur J. Lépine,

Nous sommes ici sur un terrain obscur de la neuro-pathologie, à la limite en quelque sorte, de plusieurs états que l'on pourrait croire fort éloignés les uns des autres : la confusion mentale, la psychasthénie, l'épilepsie, le somnambulisme. Ce qu'il faut retenir de pratique de tout ceci c'est

que *les actes impulsifs anxieux* correspondent eux aussi à une sorte d'état second (8).

*
* *

On pourrait aisément dire, d'après ce qui précède, que le syndrome dysmnésique est un attribut que l'on retrouve assez fréquemment dans les psychoses de guerre, parce que celles-ci sont toutes plus ou moins enveloppées d'un nuage de confusion mentale. Nous définirons ailleurs ces troubles de l'orientation auto-psychique que sont les *états crépusculaires*.

Mais ce qu'il importe de souligner, c'est, qu'au cours de ces états, le sujet peut accomplir des actes très complexes, sans éveiller aucunement l'attention. Et l'accès passé, il ne conserve de l'exécution des gestes aucun souvenir. On retrouve bien là le fondement caractéristique des états seconds : une lucidité en apparence parfaite au moment même et une amnésie consécutive absolue.

F... présente une amnésie qui atteint les souvenirs relatifs à la période antérieure au début officiel des troubles constatés; elle s'étend même sur une partie du présent. Et l'amnésie actuelle, amnésie de fixation, est la cause de la désorientation de F..., dans l'espace et dans la durée. Il ne se souvient pas du bombardement, pas même de certains actes, qui avaient accompagné notre installation avant la catastrophe. On trouve là une véritable difficulté d'évocation, une altération de l'effort

(8) J. LÉPINE. « Troubles mentaux de guerre ».

mental qui fait que F... ne peut plus rattacher le passé à l'ensemble de la personnalité consciente, à cette synthèse d'états complexes représentée par notre Moi entretenu par un conflit permanent de souvenirs. Ces états seconds possèdent beaucoup d'analogie avec les phénomènes de somnambulisme. Les individus les expriment en se levant la nuit et en accomplissant des actes automatiques ou intelligents ; ils résolvent un problème dont ils ont jusque-là vainement cherché la solution ; ils écrivent une page musicale quelquefois empreinte d'un pathétique digne d'être remarqué. Puis, ils se recouchent, se rendorment, et, le lendemain matin, ne conservent des faits et gestes de la nuit passée, aucun souvenir.

Le vigilambulisme est le somnambulisme diurne. Il s'agit de malades comme F... qui présentent, outre leur vie normale et régulière, une autre existence psychologique, ou, comme on le dit, un « état second » dont ils ne gardent point le souvenir au retour à l'état prime. Deux vies mentales semblent se dérouler alternativement sans entrer en combinaison. Si Ch..., si D..., si F... se trouvent en état prime, ils peuvent se rappeler les événements constitutifs de cet état, mais ils sont incapables d'évoquer le souvenir des faits représentatifs de l'état second. Et pour rendre compte de ce fait que nos observés aient accompli — au cours de ces conditions secondes — des actes compliqués, il faut de toute nécessité, faire la part d'une activité mentale inconsciente et aveugle, pouvant à certains moments dominer la conscience entière — au point de se substituer à elle.

*
* *

Telles sont — d'une analyse bien imparfaite — les trois notions qui nous paraissent entrer dans la constitution des états seconds saisis après les batailles, et dont nos observations servent de témoignage : dysmnésie et impulsions anxieuses unies par contiguïté dans une sorte de trame fondamentale représentée par la confusion mentale simple. Ce qu'on peut ajouter, en manière de conclusion, c'est une phrase de G. Dumas :

Dans la plupart des accidents névropathiques qui sortent du choc émotif pour se sérier en une espèce de drame morbide, la confusion joue un rôle important et introduit une sorte d'unité.

CHAPITRE II

GENÈSE DES ÉTATS SECONDS APRÈS LES COMBATS

SOMMAIRE : Idées de P. Janet. — Rêve et état second.

CAUSES PRÉDISPOSANTES : *Constitution anxieuse. — Anaphylaxie émotive. — Etats crépusculaires. — Rôle de l'intoxication.*

CAUSES DÉTERMINANTES : *Valeur de l'attention dans la vie consciente. — Troubles de l'adaptation mentale consécutifs à l'émotion des batailles.*

C'est à M. Janet que l'on doit une véritable théorie psychologique des états seconds. Nous en ferons un exposé très bref, mais pour l'intelligence de ce qui va suivre, il importe de définir ce qu'on entend par « champ de la conscience ».

Wundt a dit que l'aire de la conscience est réalisée tout entière par l'attention et l'aperception. Ainsi donc, le champ de la conscience apparaît comme la somme des perceptions conscientes pouvant coexister chez un individu. On pourrait presque établir la comparaison suivante : Chez l'homme sain qui fixe un objet, plus l'attention sera grande et moins l'esprit sera troublé par la perception d'objets se mouvant dans le champ visuel normal. C'est ainsi qu'il en est de certaines per-

sonnes à champ visuel rétréci et chez qui tout objet se mouvant en dehors d'un certain angle ne sera pas perçu. De même dans la sphère mentale, l'homme normal peut concentrer son attention sur une idée et dans cet état ne pas percevoir un certain nombre d'excitations extérieures. Une idée infiniment développée ayant recouvert le champ de la conscience, une autre idée n'y pourra germer qu'en chassant la première. Ce qui suppose une excitation extérieure plus intense que l'excitation actuelle.

Or, dans certaines circonstances, il n'est pas nécessaire que l'idée actuelle soit intense pour remplir le champ de la conscience. L'exiguïté de celui-ci rend sa réplétion facile. Deux idées ne pouvant coexister, toute excitation d'intensité minima ne sera point représentée. Mais si elle est suffisamment intense, elle fera immédiatement disparaître l'idée actuelle.

C'est encore au rétrécissement de la conscience qu'il faut attribuer la peur, l'étonnement, l'émotivité, les manifestations de l'intensité des impressions. Un concept donné venant obscurcir brusquement les idées préexistant à lui-même, réalise chez le sujet la même situation dans laquelle se trouve quelqu'un qui apprend une nouvelle, surprenante par sa soudaineté. Cette impression cache les autres idées contemporaines, et, dominant l'intelligence, cause, selon son origine, l'étonnement, la peur, l'allégresse. Somme toute, comme aucun raisonnement ne survient, l'expression instinctive de la pensée se manifeste et s'étale.

Ces phénomènes de rétrécissement du champ de la conscience ont été surtout étudiés chez les hystériques.

Dans nos observations nous n'avons constaté ni stigmates, ni manifestations symptomatiques de la névrose. Mais M. P. Janet lui-même reconnaît que ces phénomènes sont loin de se borner à l'hystérie.

Nous sommes disposé, dit-il, à croire que les phénomènes d'automatisme et de désagrégation dépendent d'un état qui est maladif, mais qui n'est pas uniquement hystérique. Cet état serait au contraire beaucoup plus large que l'hystérie, il comprendrait les symptômes hystériques parmi ses manifestations.

On pourrait penser que ces signes hystériques constatés sont des épiphénomènes végétant sur un fond mental.

*
* *

En dehors des phénomènes de vertige épileptique, on rencontre souvent des individus qui, pendant leur sommeil, répondent aux questions qu'on leur adresse et qui, une fois réveillés, ne gardent aucun souvenir de ce qu'on leur a dit, ni de ce qu'ils ont répondu (9).

Et Ribot nous cite un exemple frappant de rêve en action (10) :

Il s'agit d'un peintre porteur d'un corps étranger de la cornée, qui se rend chez un de ses amis, oculiste. Celui-ci dort. Le client veut le réveiller, il répond quelques paroles sans signification. Le peintre lui dit alors, à l'oreille : « J'ai un corps étranger à l'œil » Le médecin se lève, le conduit à la fenêtre, extrait le corps étranger et se recouche, semblant profondément endormi, pendant que son ami se demande si vraiment il l'avait réveillé. Le lendemain l'oculiste ne se souvenait plus de rien. •

(9) LUYB, « Activité cérébrale ».

(10) RIBOT, « Maladies de la personnalité ».

On perçoit donc là une transition du rêve au somnambulisme. Il n'est pas jusqu'à l'état de la mémoire qui ne vienne apporter sa contribution en faveur de l'idée du « Rêve, état second ». On sait le rôle que la mémoire a joué dans l'identification des états précédents. Si l'on interroge une personne qui nous raconte que, pendant la nuit, elle a fait un rêve qui lui a causé une profonde impression et dont elle ne se souvient pourtant que vaguement, on constate que quelques points saillants sont seuls perceptibles. Mais si l'on demande au même sujet, en état d'hypnose, de raconter son rêve, on est frappé de la facilité et de la précision avec laquelle la narration des hallucinations est faite. Les émotions éprouvées sont dépeintes à la manière d'un artiste, par le moyen d'expressions justes et imagées. Etant donnée une suggestion à longue échéance, il est facile en hypnotisant le sujet, d'en réveiller le souvenir. Ce fait montre qu'une personnalité distincte de la personnalité consciente est toujours en possession de l'idée suggérée, pour, au moment de l'acte, effacer la première et traduire l'objet de la suggestion. Il y a des sujets qui s'éveillent d'eux-mêmes à une heure fixée par eux seuls. Ce fait s'explique de la même manière. C'est la subconscience qui provoque le réveil, ce qui ne se produit pas quand le sujet dort d'un profond sommeil, c'est-à-dire du sommeil de tout le cerveau.

*
* *

Les états seconds possèdent des causes prédisposantes. Et Dupré dit ceci :

C'est Morel qui, dans ses travaux sur *le délire émotif*, paraît

avoir eu le premier l'idée féconde d'une pathologie autonome de l'émotivité. Dans le délire émotif, l'anxiété n'est plus symptomatique de mélancolie ou d'hystérie; elle constitue à elle seule tout l'état morbide.... C'est la *constitution anxieuse*, simple forme clinique de la constitution émotive (11).

Et cette constitution anxieuse semble prendre une importance primordiale dans les faits qui nous occupent. Elle est entretenue d'une façon continuelle par le danger de mort bien plus que par le danger de blessure, autant que par celui de devenir la proie vivante d'un ennemi barbare. C'est l'aggravation de cette hypertension émotive par la perpétuelle menace des ouragans de fer et de feu qui déciment les légions entières; c'est l'impossibilité pour l'être humain d'arriver à atteindre en corps à corps un adversaire invisible, et qui est le détenteur d'engins de destruction nouveaux, puissants et meurtriers. C'est aussi la constatation obligée de mutilations atroces; la continuelle vision de spectacles horribles; c'est la peur de mourir étouffé dans une nappe foudroyante, sans pouvoir rendre aux brutes d'en face les coups et les meurtrissures. Il y a en outre l'émotion-choc dramatique qui abat les sujets en puissance d'anxiété; le danger permanent des multiples émotions successives qui dépriment par leur durée au point de constituer un véritable état de mal. L'intelligence est corrodée par leur influence nécosante. On dirait d'une *anaphylaxie émotive* qui rend le cerveau tout entier plus sensible aux poisons de l'affectivité, contre-partie nécessaire de cette immunisation émotionnelle, qu'à l'instar de Dupré on est forcé de reconnaître en pleine

(11) Préface de l'ouvrage de MM. LOGRE et DEVAUX « Les Anxieux ».

bataille, chez l'homme normal, chez le soldat de valeur. Il faut aussi mentionner, en temps de guerre, l'existence d'une action interpsychique que tous les médecins d'unité de combat ont constatée, que quelques-uns même, mieux avertis, ont décrite : car la contagion de l'émotion se fait surtout dans un milieu constitutionnellement prédisposé. Du reste, l'étude de la vie journalière nous conduit à de semblables observations : Distracts ou affolés, certains sujets se font écraser aux carrefours de la vie, se trompent de chemin, ou s'affaiblissent épuisés sur le bord du fossé.

Il existe à la guerre deux espèces de douleurs morales que l'on peut approximativement ainsi définir. D'abord on note des douleurs explosives, réactionnelles, à l'origine desquelles se trouvent la haine, la fureur, l'horreur, le désespoir. Puis, des douleurs dépressives, non réactionnelles et représentées par la frayeur, le chagrin, la peur. Or, ces deux catégories de souffrances n'ont comme élément différentiel que l'intensité de la douleur. Les algies modérées s'accompagnent de réaction ; les douleurs intenses provoquent un épuisement général. Niobé, qui vient de voir mourir ses quatorze enfants, est transformée en montagne. Cela rappelle le vers fameux de l'*Hippolyte* de L.-A. Sénèque :

Curae leves loquuntur, ingentes stupent (12).

La douleur morale diminue la sensibilité sous toutes ses formes, affaiblit la mémoire, annihile l'association

(12) « La douleur qui se tait n'en est que plus funeste », RACINE, *Andromaque*, acte III, scène III).

des idées, circonscrit en l'atténuant le domaine de l'intelligence. Un grand nombre de troubles des fonctions cérébrales paraissent avoir un début brusque alors qu'en général ils sont longuement préparés par des phénomènes insidieux qui demeurent insoupçonnés d'un examen superficiel.

Souvent après leur guérison les malades racontent que bien antérieurement au début de leur affection, ils se sentaient différents dans leur orientation intérieure, ils se trouvaient atteints dans le domaine affectif, au point de douter de leur réalité propre dans le monde des vivants. Ce sont là des *états crépusculaires* qu'il faut mettre en évidence pour donner aux états seconds une origine vraie. Ces troubles prémonitoires ont une durée variable et les malades ont alors conscience de ces altérations intérieures de leur cénesthésie, avant que leur conduite soit modifiée aux yeux des spectateurs.

Une orientation complète suppose l'intégrité de plusieurs notions dont les plus importantes se réduisent à ces trois formes : orientations *auto-psychique*, *allopsychique*, *dans le temps*. Par la première, Wernicke a défini la notion de notre propre personnalité ; la seconde vérifie la notion du monde extérieur ; la troisième est l'équivalent de la conception de la durée. Donc, la perversion de ces facteurs crée la désorientation, et l'obnubilation psychique, c'est-à-dire l'affaiblissement de la conscience, entraîne toujours avec elle un certain taux de désorientation. Or, les *états crépusculaires* sont précisément des états pathologiques passagers, où le malade est le lieu d'une obnubilation psychique marquée, tout

en demeurant capable d'accomplir des actes conformes à la conscience. Ce qui témoigne d'une désorientation autopsychique.

*
* *

Pour y revenir, il y a donc à l'origine des troubles profonds de la personnalité dont nous avons entrepris l'étude, une peur en tension constante, une obnubilation psychique qui ne cesse de végéter sur un sujet en imminence de troubles mentaux. Et parmi les états crépusculaires qui nous apparaissent comme le début morbide des états seconds, nous rangerions volontiers cette « Fascination des Batailles » que ceux qui l'ont éprouvée n'oublieront jamais plus. C'est un état spécial dénommé par certains « Etat de Baschanie » (13), qui représente l'addition de la surprise à un état psychique surajouté. La tête est projetée en avant, les épaules relevées, les bras dans l'attitude de la défense ou de l'attente, mais immobiles. Les yeux sont fixes, les traits figés, le masque pétrifié. On a bien vu la nuit, ces guetteurs, héros de la première ligne, braquer leur regard vers un point lumineux qu'ils ne quitteront pas, même si on les menace, même si on les secoue. Il y a comme une analgésie morale parallèle à une espèce d'anesthésie physiologique, d'où cependant n'est point exclue la conscience, puisque revenu à l'état prime, le sujet se souviendra.

(13) Du grec *βασχάνω* : étonner, fasciner.

*
* *

Où finit l'émotivité normale, où commence l'émotivité pathologique?

Ce qu'on appelle l'état normal, dit Cl. Bernard, est une pure conception de l'esprit, une forme typique idéale, artificiellement dégagée des mille divergences entre lesquelles flotte incessamment l'organisme au milieu de ses fonctions alternantes et intermittentes.

Et l'émotivité psychopathique est regardée comme telle, parce que les réactions dont elle est la source sont contraires aux destinées de l'individu et de l'espèce. De plus, il existe une émotivité morbide diffuse pour ainsi dire, dont le caractère permanent remonte souvent à l'enfance sous les espèces d'un tempérament irascible, irritable, enclin à la timidité comme aux enthousiasmes les plus débordants.

*
* *

Dans toutes les affections mentales la nutrition est plus ou moins altérée, et cette altération s'objective par un certain nombre de signes soit du côté de la calorification générale — abaissement de la température — soit du côté des extrémités — cryesthésie — soit du côté du revêtement cutané — changement de coloration, sécheresse extrême. Les dents sont couvertes d'un enduit gluant, la langue est saburrale; on note de l'insuffisance des sécrétions gastro-intestinales, de la difficulté et de la lenteur dans le transit digestif, de la constipation opiniâtre, une anxiété parfois tenace.

Comme dans l'observation de F..., il y a une tendance remarquable à adopter la position assise ou accroupie, la tête prise entre les membres supérieurs accoudés sur les genoux. On remarque de l'hébétude, de l'obtusion mentale, une ébauche d'onirisme qui, ainsi que l'a démontré M. le Professeur Chavigny, sont étroitement reliées à l'insuffisance gastro-intestinale ou hépatorénale. La confusion mentale simple peut être provoquée par l'inanition qui oblige le sujet à se nourrir de ses propres réserves et entrave l'élimination des toxines. Et Gustave Flaubert a tracé une description saisissante de ce délire onirique engendré par l'inanition, chez ces mercenaires du défilé de la Hache, près de mourir sous l'empire de la faim. Or, nous avons essayé de montrer, au début de ce travail, que la confusion mentale simple représente le clavier central qui, dans une arcade, fixe tous les autres. Les confus sont des intoxiqués, et, comme l'émotion est génératrice de confusion, il faut en conclure que sur les organismes cette émotion agit à la manière d'un poison. Elle s'accompagne de profondes modifications des fonctions organiques ; elle détermine une variation dans la pression du liquide céphalo-rachidien (14), ainsi qu'une action sur les sécrétions glandulaires (15). D'où la création de phénomènes généraux d'auto-intoxication qui se traduisent, comme l'a démontré Crile (16) par une acidité du sang. Donc, toutes les causes susceptibles de mettre nos centres supérieurs en état de mauvais fonctionnement, de dynamisme affaibli,

(14) G. DUMAS et LAIGNEL-LAYASTINE. *L'Encéphale* (1914), t. I, p. 19.

(15) G. DUMAS et MALLOIZEL. *Journal de Physiologie* (1910).

(16) CRILE. « Recherches de l'épuisement », *Société de Biologie*, février 1915.

sans toutefois les altérer trop profondément au point de vue organique; provoqueront le phénomène de la désagrégation mentale.

Mais voici l'opinion de Magnan, intégralement reproduite :

Quel que soit l'essor de notre imagination, la clinique immuable, rebelle aux hypothèses, fournit chaque jour l'enseignement qui empêche de s'égarer et ramène vers la réalité des faits. Les agents infectieux, microbes et toxines, les poisons de l'économie dépendant d'une élaboration nutritive, incomplète peuvent, sans doute, provoquer certains troubles psychiques, de la confusion, de l'obtusion mentale, des amnésies de nature diverse suivant le siège et l'étendue des régions intéressées, mais ces produits sont incapables par eux-mêmes d'engendrer une psychose pure, un délire systématisé, une manie, une mélancolie, une impulsion, une obsession, ces stigmates si caractéristiques de la dégénérescence. Il en est de la folie comme des autres affections. Est-ce qu'un psoriasis, un eczéma, pourraient être provoqués par une irritation cutanée qu'elle qu'en fût l'intensité, si le sujet ne portait déjà en lui-même l'aptitude à produire ces dermatoses (17)? .

Il faut, en effet, pour le développement d'une maladie mentale, un terrain de germination, favorisant l'action de la cause pathogène.

Sans cela, on ne s'expliquerait pas pourquoi, parmi tant d'urémiques, tant de tuberculeux, de cancéreux, de syphilitiques, etc., un si petit nombre est touché par la folie (18).

A côté du toxique, il y a donc le malade avec ses qualités et ses tares somatiques, sa gamme de prédispositions légères sans doute, mais qui serviront à faire,

(17) MAGNAN. « Discours prononcé au Congrès international de Médecine ».

(18) MAGNAN. *Loc. cit.*

de circonstances occasionnelles, un facteur puissant de trouble mental.

*
* *

Nous voudrions montrer que la véritable cause déterminante des états pathologiques précédemment étudiés, réside dans un trouble de l'attention. Car il faut remarquer que le malade de l'observation III, partiellement éveillé et actif, laisse éparpiller son attention automatique sur ce qui l'entoure, sur ce qui semble l'attirer davantage. Il y a une mobilité particulière de la tête et des yeux que M. le Professeur Chavigny a caractérisée dans une étude synthétique sous le nom d'*aprosexie*.

Il semble que l'on soit en présence d'un automate dont il faille diriger tous les mouvements.

Si on le tire par la main, il se lève, marche sans faire de résistance, sans protester ni de la voix, ni du geste; sur son visage absolument impassible ne se reflète la trace d'aucune opération intellectuelle; ni émotion, ni étonnement, ni attention. Contrastant avec cette rigidité absolue du visage, les yeux au contraire sont extrêmement mobiles. Dès qu'un mouvement ou un bruit se produit, R... tourne la tête et les yeux de ce côté, mais le regard qu'il jette ainsi est bref, car instantanément les yeux se portent dans une nouvelle direction, attirés par un autre bruit, un autre mouvement; les yeux et la tête tournent ainsi continuellement, à gauche, à droite, et tout naturellement, vient la comparaison avec les mouvements de la tête d'un oiseau (19).

Il s'agit donc d'une inaptitude à l'attention. Mais pour bien concevoir toute l'importance de ce symptôme dans l'étude des causes occasionnelles des états seconds, il est

(19) P. CHAVIGNY, *Paris Médical*, 24 octobre 1915.

nécessaire de définir la valeur qui est dévolue à l'attention dans la vie consciente.

C'est en effet grâce à cette faculté que l'homme se trouve placé au sommet de l'échelle des êtres vivants. Tant il est vrai que le jour où naquit « l'étonnement », ce jour-là vit aussi l'éclosion de la science, car de la surprise apparurent sans conteste l'observation, la réflexion, l'attention. Celle-ci représente la concentration de l'esprit au profit d'un groupement d'idées; ce qui fait pressentir l'existence fatale de la *distraction* — véritable fatigue de l'attention. Et pour lutter avec avantage contre cette déviation de l'état normal, il faut être bien organisé physiquement et intellectuellement — en raison de ce fait que les recherches sur la fatigue ont montré qu'il ne saurait y avoir de fatigue physique sans dépression mentale et vice-versa. Or, à bien y réfléchir, l'effort est le moteur de l'attention, laquelle n'est somme toute que la réalisation de l'acte d'effort.

La volonté elle-même représente la conséquence logique de l'attention; c'est l'effet dont celle-ci est la cause. L'esprit réagit sans cesse, grâce à la finesse de nos appareils sensoriels; il enregistre constamment des souvenirs, parce que constamment il est impressionné. Et le rôle de l'attention est d'établir une sélection parmi les souvenirs. Etre attentif, c'est avoir la possibilité d'enregistrer et de conserver des images et des idées qui éclosent à tout instant sous l'action même de l'effort. Donc, grâce à l'attention, nous coordonnons les faits qui éveillent notre curiosité. Par l'effort nous pouvons fixer notre attention dans le temps; par la volonté nous maintenons le résultat de l'effort et de l'attention.

Effort, attention, volonté, représentent donc les trois échelons d'une propriété plus générale de notre esprit : l'*adaptation mentale* qui apparaît comme l'expression la plus perfectionnée de notre activité cérébrale.

*
* * *

Or, si le stimulant de l'attention c'est l'effort, il est non moins certain que ce sont les sentiments et les émotions qui la désagrègent. Voici un exemple emprunté à Ch. Richet (20). Il s'agit d'une sentinelle qui a été mise en garde contre une surprise offensive de l'ennemi, pour la nuit prochaine. Aussitôt, le factionnaire concentre une grande puissance de réflexion, au point que toutes ses idées viennent pour ainsi dire coïncider en un même lieu, et cela, malgré lui. Puis, cet homme, mû par la crainte de l'attaque brusquée, n'est plus maître de son attention, laquelle semble obéir à un déterminisme certain, lorsqu'elle contient un élément affectif. Ainsi petit à petit, prend naissance cette instabilité psychique qui est l'état négatif de l'attention et que l'on appelle la *distraction*. On aboutit en définitive à un état de désagrégation progressive de notre faculté d'adaptation mentale — substratum des énergies psychiques de l'être. La désagrégation s'attaque en premier lieu à l'attention volontaire, puis atteint l'attention affective, enfin l'attention spontanée et ne laisse subsister que des reliquats instinctifs — qui sont la négation même de toute action consciente. Et ces formes habituelles, automatiques et instinctives de l'attention nous sont précisément révélées

(20) CH. RICHET, « Psychologie générale ».

par les états seconds. Dans la vie normale, l'attention dépouille les états de conscience de leur teinte obscure; dans la vie pathologique la dissolution de l'attention provoque « la nuit » dans la conscience. Plus elle se retire de la vie psychologique, plus l'impulsion s'en empare. car nous avons vu précédemment que l'impulsion est un acte subconscient bien voisin du réflexe pur. L'esprit privé d'attention devient le jouet d'excitations, contraires à ses destinées. Il est ballotté, tracassé, tourmenté, submergé à l'instar d'un beau navire qui sombre en haute mer.

CHAPITRE III

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

SOMMAIRE : **Auto-mutilations au cours d'état second. — Désertion pendant un état second. — Mesure de la responsabilité.**

La possibilité de commettre un crime ou un délit pendant un état second, aussi bien que la possibilité d'en être la victime, ont des conséquences qui obligent l'expert à s'entourer de toutes garanties dans l'étude de ces cas où la confusion mentale est en jeu. Nous avons vu que cet état confusionnel fondamental est d'autant plus difficile à découvrir qu'il peut fort bien ne s'accompagner* d'aucun phénomène capable de mettre sur la voie. Or, l'appréciation de l'élément volontaire dans une auto-mutilation peut être grosse de conséquences.

Le service militaire, dit Anatole France, fut odieux même aux pâtres du Latium qui acquirent à Rome l'empire du monde et la gloire d'être déesse. Porter le fournement leur fut si dur que le nom de ce fournement, *acerumna*, exprima ensuite chez eux l'accablement, la fatigue du corps et de l'esprit, la misère, le malheur, les désastres (21).

Et les étymologistes songeant à ce fait que les jeunes

(21) A. FRANCE. « Le mannequin d'osier ».

hommes de Rome se tranchaient quelquefois le pouce pour ne pas subir l'enrôlement légionnaire, ont admis que le mot poltron vient de *pollex truncatus*.

Il serait curieux à plus d'un titre d'esquisser une étude historique de l'automutilation dans l'armée. Mais n'est-ce pas le cas de rappeler que « qui ne sut se borner?... »

Cependant Huguet a publié un ensemble de plus d'un millier d'observations sur lesquelles bon nombre se rapportent à des auto-mutilations. Et à ne considérer que la statistique elle-même, il semble que les agents principaux de l'auto-mutilation sont représentés par l'intérêt ou la peur. Celle-ci, mobile incontestable d'activité humaine, est un facteur de premier ordre. A ce point que Boisseau (22) fait remarquer que dès le début du premier empire — vers 1807 — les auto-mutilations étaient devenues si nombreuses que l'on dut créer la fameuse compagnie des pionniers. Or déjà, le même auteur attirait l'attention sur le déficit mental des auto-mutilateurs, se traduisant par une indigence des moyens de justification et par la misère de l'intelligence dans l'organisation des excuses.

Duponchel (23) rapporte l'observation :

D'un militaire, très brave du reste, mais qui voulait être décoré; il obtient, en effet, la distinction qu'il ambitionnait après s'être enlevé un doigt d'un coup de revolver (en présence de l'ennemi); le malheureux garçon n'était du reste qu'un déséquilibré médiocrement responsable et qui finit par le suicide.

Le syndrome psychopathique est ici entièrement

(22) BOISSEAU. « Considérations sur les maladies simulées » (1869).

(23) DUPONCHEL. « Traité de médecine légale militaire ».

constitué par quatre éléments : mythomanie, déséquilibre, auto-mutilation, suicide.

Mais voici, une observation instructive à plus d'un titre, que vient de nous communiquer M. le Professeur Chavigny et que nous reproduisons *in extenso*. Il s'agit d'un superbe cas d'état second à rechutes.

**Rapport d'expertise dû à l'obligeance
de M. le Professeur Chavigny.**

Je soussigné, Chavigny Paul, médecin principal de 2^e classe, commis par ordonnance en date du... en vue de dire dans un rapport écrit si le soldat X... jouit de la plénitude de ses facultés mentales, et dans le cas d'une maladie chronique, s'il y a lieu de le présenter devant une commission de réforme, serment préalablement prêté, après avoir pris connaissance des pièces du dossier, avoir longuement et à diverses reprises examiné le soldat X..., certifié, en honneur et conscience, que les résultats de cette observation sont exactement rapportés ci-après :

La demande d'expertise paraît en grande partie motivée par ce fait que le soldat X... a déjà été en prévention de conseil de guerre pour désertion à l'intérieur en temps de guerre devant le premier conseil de guerre de..... et qu'il a, alors, été l'objet d'une expertise dont la copie se trouve au dossier et qui conclut de la façon suivante :

1^o X... est atteint d'affaiblissement intellectuel et de troubles du caractère consécutifs à l'alcoolisme chronique, à une comotion et au paludisme ;

2^o Qu'à l'occasion d'une infection intercurrente ou d'un excès inaccoutumé de boisson, peuvent apparaître chez cet homme prédisposé, des accès d'excitation passagère ou de confusion plus ou moins amnésique au cours desquels sa responsabilité doit être considérée comme nulle ;

3^o Que c'est ainsi que la responsabilité de X... est nulle dans le cas particulier de désertion à l'intérieur en temps de guerre, qui lui est reproché.

Antécédents héréditaires : La mère de X... est morte d'albu-

minurie qui avait duré plusieurs années ; elle avait dû être placée pendant environ un mois à l'hospice de..... où elle avait été maintenue dans un cabanon, en raison de son état d'excitation.

Pendant les six dernières années de sa vie, elle présentait d'ailleurs des périodes intermittentes de troubles mentaux.

Le père de X... est bien portant. Pas de renseignements sur les ascendants ou collatéraux. X... a eu une sœur qui était son aînée et qui est morte. Pas de renseignements sur la cause de cette mort. Elle était habituellement bien portante et ne présentait pas de troubles nerveux ou mentaux.

Antécédents personnels: Pas de maladie du jeune âge. A été à l'école jusqu'à dix ans et demi, n'a pas eu son certificat d'études parce que ses parents pressés par la nécessité, ont dû le faire travailler de bonne heure. D'abord employé dans un bureau, il apprend ensuite le métier de cordonnier. Engagé volontaire à 18 ans, a onze ans de service. Il a eu une interruption de service de..... Il s'était alors marié et a eu deux enfants : un garçon mort à cinq mois de cholérine et une fille qui a actuellement onze ans.

Celle-ci n'a jamais été malade... Pendant toute l'interruption de son service, il avait travaillé de son métier de cordonnier, restant constamment au service du même patron.

N'ayant pas été aux colonies au cours de son premier engagement, X... a fait le Maroc. Il y est resté un an et demi. Il y contracte un peu de paludisme qui provoque seulement chez lui quelques légers accès de fièvre. Il n'entre pas à l'hôpital.

A la mobilisation il vient avec son régiment en France et reste sur le front français jusqu'au..., date à laquelle il est atteint d'une blessure par éclat d'obus (région temporale et mastoïdienne gauches) avec commotion.

Il paraît avoir eu à ce moment une période d'obnubilation psychique, puisqu'il ne se souvient de rien de ce qui s'est produit jusqu'au moment où il s'est retrouvé à l'hôpital de....., environ deux mois après la date de sa blessure. On ne lui a donné aucun renseignement sur l'état dans lequel il s'était trouvé pendant cette période et on ne lui a pas dit qu'il ait commis d'actes anormaux. Le retour à l'état de conscience s'est produit progressivement, il a duré environ cinq à six

jours. S'il n'a conservé aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant les deux premiers mois, il se rappelle cependant fort bien la façon dont il a été blessé : il était couché; au moment d'atteindre la tranchée ennemie, et quand il se relevait, un obus est venu éclater derrière lui. Il se souvient que son casque a sauté en l'air, que son fusil lui est tombé des mains; il s'est senti touché à la tête, s'est mis à tourner, et, depuis, il ne se rappelle plus ce qui s'est passé.

Guéri après quatre mois d'hospitalisation, il obtient une permission de huit jours et refuse une convalescence parce qu'il ne sait où aller. Il est employé pendant deux mois et demi comme instructeur à....., ne présente pendant ce temps aucun trouble de la santé et il est envoyé en Orient sur sa demande. Pendant son séjour en Orient il a quelques accès de fièvre, mais aucun de ceux-ci n'est assez grave pour motiver une hospitalisation. Pas de dysenterie. Mais par contre il présente deux accès de troubles psychiques. Son régiment étant au repos à une trentaine de kilomètres de, il disparaît pendant deux ou trois jours et se retrouve dans un village situé à une dizaine de kilomètres de son cantonnement. Il revient alors à son corps où cette absence est interprétée comme un simple accident et aucune sanction n'intervient.

Autre incident analogue : il avait été nommé caporal cor-donnier, contre son gré, car il voulait rester à la tranchée et cette nomination le contrariait vivement. Comme il le dit, c'était une idée « qui le travaillait sans cesse ». Il part et reste deux jours absent. Il se retrouve à un village distant de six kilomètres, plus rapproché des lignes. Cette fois encore, aucune sanction n'intervient et quelques jours plus tard X... est nommé sergent et reçoit une affectation à sa compagnie. Au mois de il est évacué pour fatigue générale. et a présenté quelque chose qui paraît être un accès de courte durée. Etant de service de garde, il ne se serait pas réveillé quand l'officier de ronde serait passé, lui aurait parlé et X..., paraît-il, lui aurait répondu des paroles incohérentes qui auraient été mises sur le compte de l'ivresse et auraient motivé sa cassation du grade de sergent. Au matin, le caporal qui était de garde avec lui, lui expliquant ce qui s'était passé, X... n'en avait conservé aucun souvenir.

X... ne nie pas d'avoir fait des excès alcooliques, lorsqu'il était au Maroc. Il prenait de l'absinthe en quantité notable. En France, il buvait volontiers du vin blanc.

Au point de vue physique, X... âgé actuellement de 39 ans, est un sujet vigoureux, en bon état de santé générale; il présente seulement quelques troubles digestifs, mais ceux-ci peuvent être avec quelque vraisemblance, rapportés à une dentition assez défectueuse, avec mastication incomplète. Il n'y a pas de signe physique d'une intoxication alcoolique très prononcée : le tremblement des doigts est à peine perceptible, et s'il y a des rêves assez fréquents même, ceux-ci n'ont rien de spécifique de l'intoxication alcoolique. X... se voit tomber dans un précipice; parfois il a des secousses brusques, mais jamais il n'a eu de zoopsie. La plaie du crâne est complètement guérie et paraît avoir été superficielle. Pas d'indice d'infection chronique de nature paludéenne.

Le diagnostic doit donc dans le cas présent s'inspirer d'une analyse aussi complète que possible de la façon dont la désertion incriminée actuellement s'est produite.

Dans l'interrogatoire, on voit par les réponses qui ont été faites au substitut du rapporteur, que X... n'a pour ainsi dire pu fournir aucun renseignement sur ce qu'il a fait pendant sa désertion. Il reconnaît être parti, il reconnaît être rentré à la date précisée par l'instruction et il dit seulement : « J'ai dû partir et marcher comme un fou pendant mon absence. Quand mes idées me sont revenues, j'étais dans le quartier de »

J'ai fait soigneusement préciser par X... ce qui en était de ses souvenirs. Il y a chez lui une lacune absolue dans la mémoire qui s'étend jusqu'au jour de sa rentrée. Le jour de son départ, il dit qu'il avait travaillé comme d'ordinaire, mais qu'il n'avait pas bu. Il n'avait pas eu de contrariété marquante, mais il avait reçu auparavant, étant aux locaux disciplinaires, un coup de poing sur la tête qui lui avait été donné par un de ses voisins de prison. Ce voisin aurait eu, paraît-il contre lui, une rancune que X... n'explique pas. Ce coup de poing l'avait atteint au voisinage de son ancienne blessure; il l'aurait étourdi et fait tomber à terre. Pendant

les deux jours intermédiaires, X... aurait conservé des douleurs de tête et même quelques troubles de la vue.

Le début de la période amnésique paraît avoir été tout à fait brusque et être survenu peu de temps après que X... avait quitté le quartier. Il ne peut absolument fournir aucun renseignement sur ce qu'il a fait pendant toute la période de son absence, ni dire où il avait couché, ni où il avait mangé. Quant à la période de reprise de la conscience, il la raconte ainsi :

Dans la matinée du, il aurait commencé à reprendre quelque conscience; ce retour à l'état normal aurait été progressif et n'aurait été complet que dans le courant de l'après-midi. A ce moment, il se serait aperçu qu'il avait très faim, et son premier soin a été d'aller manger. Il s'est alors aperçu qu'il avait dépensé environ 150 francs sur la somme qu'il avait dans son porte-monnaie, lorsqu'il avait quitté le quartier. Il a constaté aussi que sa tenue était très sale, que sa vareuse était souillée de boue. Dès qu'il fut revenu à la pleine conscience de lui-même, il revint au quartier. Ne sachant pas qu'elle était la date du jour, il manifesta une extrême surprise quand, à sa rentrée au quartier, on lui dit qu'il était déserteur et quand on voulut le mettre en prison.

Un point qui pourra intervenir à la discussion causale des symptômes constatés, c'est que X... aurait eu deux petites crises nerveuses qui auraient duré chacune environ dix minutes et qui seraient survenues l'une vers le mois de, l'autre vers le mois de, Il n'en a jamais eu d'autres dans son existence. Il n'existe pas de troubles de la sensibilité générale, ni anesthésie, ni analgésie.

DISCUSSION

Les symptômes observés sont-ils authentiques, se rapportent-ils à un ensemble de troubles connus, classés et quelle est leur nature?

Il n'y aurait lieu d'incriminer la simulation que si l'ensemble des symptômes observés et décrits ne se rapportait pas à l'un des tableaux cliniques connus.

Or, tout au contraire, la description ci-dessus correspond

entièrement et par tous ses détails, à cet état spécial qui a été déjà décrit depuis longtemps sous le nom d'*état second*. Connue et déjà décrite avant la guerre, cet état a été observé très fréquemment au cours de la guerre. Nombreux sont les blessés qui, après le traumatisme, ont traversé une période de cette sorte avec amnésie consécutive. Ce n'est que tardivement, quelques jours et parfois quelques semaines plus tard, qu'ils reprenaient conscience et rentraient dans la vie psychique normale. Des états de ce genre ont été observés soit dans la confusion mentale, soit en dehors de celle-ci. Leur caractère constant a été de débiter d'une façon très brusque et de cesser assez brusquement aussi, avec le retour à la conscience, se complétant soit en quelques minutes, soit en quelques heures. J'ai déjà eu l'occasion d'observer des rechutes de ces états seconds survenant assez tardivement, quelques mois après l'incident primitif. Dans tous les cas observés, l'amnésie était totale pour tout ce qui se rapportait aux faits survenus pendant la période intercalaire. Quand on observe des hommes au cours de leur période d'état second, on constate qu'ils accomplissent à peu près tous les actes de la vie courante et qu'ils sont fort capables de vivre auprès d'individus qui les connaissent, sans que ceux-ci remarquent grand changement dans leur attitude. Ils sont simplement un peu plus automates que de coutume, puis, à un moment quelconque, ils commettent un acte irréfléchi, non voulu, qui jure souvent de façon étrange avec le passé.

Dans les cas que nous considérons, il ne semble pas y avoir lieu de rapporter l'état second constaté à l'état confusionnel, celui-ci étant passé tout à fait inaperçu ou n'ayant peut-être nullement existé. On pourrait plutôt penser que cet état second se rapporte soit à l'épilepsie, soit à l'hystérie. L'existence de deux crises convulsives antérieures peut plaider pour l'un ou pour l'autre. On pourrait supposer que l'ancien traumatisme crânien a été générateur d'épilepsie, que les crises observées étaient épileptiques, que les absences étaient des crises de petit mal comitial.

Mais l'évolution totale du cas ne permet nullement de s'arrêter à cette hypothèse. Si on devait essayer de rapporter l'état second à sa cause, je serais plutôt tenté d'admettre qu'il s'agit de troubles de nature hystérique (pithiatisme).

La façon dont le traumatisme crânien (coup de poing) a rappelé un accès, après une phase de méditation de deux jours, paraît absolument plaider dans ce sens. Ce qu'il y a de très particulier dans ce cas, c'est l'unité de plan, l'unité d'action de toute cette histoire. Depuis la blessure de guerre, tout s'enchaîne avec la rigueur la plus absolue. Il s'agit bien dans ce cas de véritables troubles mentaux imputables au traumatisme de guerre, troubles qui se sont plus aisément déclenchés chez un héréditaire, troubles qui ont été encore favorisés ou rappelés par un certain degré d'intoxication alcoolique (avouée) et d'infection paludéenne. Je suis tout à fait d'accord avec le médecin qui a rédigé le rapport d'expertise précédent pour admettre que X... est atteint à certains intervalles de réels troubles mentaux au cours desquels il est totalement irresponsable de ses actes. Le seul point sur lequel je différerais d'avis avec lui, c'est que je ne crois pas X... atteint actuellement d'affaiblissement intellectuel. Au contraire, cet homme est d'une intelligence très suffisante; il raisonne avec la plus grande lucidité de tout ce qui le touche et de ce qu'il connaît. Sa mémoire courante actuelle est bonne, il n'est pas dénué d'instruction. En ce qui concerne la désertion dont il est actuellement inculpé, ma conclusion est parfaitement formelle et tout le rapport précédent l'explique en détails : X... a commis sa désertion au cours et sous l'influence de troubles mentaux qui ont entièrement déterminé ses actes, et il ne peut absolument pas en être tenu pour responsable.

Reste maintenant à répondre à la deuxième question qui m'a été posée : Si cet homme est atteint d'une maladie chronique, y a-t-il lieu de le présenter devant une commission de réforme ?

Je ne crois pas qu'on puisse appliquer le terme de maladie chronique à des accidents de ce genre.

Habituellement, X... est parfaitement normal, entièrement en état de faire son service. Aura-t-il encore d'autres accès d'état second? Je crois que nul n'est en mesure de répondre à cette question. C'est possible, mais ça n'est nullement certain. Ils peuvent s'espacer à de très longs intervalles, s'atténuer grandement et disparaître complètement. Les accidents cons-

tatés actuellement, ayant pour origine une blessure de guerre chez un sujet qui compte actuellement onze ans de service, il me semble qu'une des solutions les plus pratiques consisterait à essayer d'acheminer, si c'est possible, cet homme vers le complément de ses quinze ans de service. Il faudrait alors que le médecin de son corps et son chef de corps soient formellement informés de la nature des accidents qu'il a présentés et qu'il peut présenter à nouveau. Si, dès le début, on leur reconnaît le caractère pathologique authentique, on peut se contenter de placer à l'infirmerie, pour quelques jours, le sujet, tout exactement comme on mettrait à l'hôpital un pneumonique qui, au début de la période fébrile, aurait fait une fugue, une désertion même.

Le plus grand désir de X... serait d'aller terminer son temps aux colonies, il me semble que c'est une solution qu'on pourrait fort bien adopter

Entre les mains d'un médecin bien averti et qui s'en occuperait de temps en temps, X... pourrait redevenir un sujet normal, peut-être même guérir complètement et il semble que l'essai puisse être tenté.

Cette observation résume, à elle seule, toute la question médico-légale de notre travail. Il semble tout à fait indiscutable que des sujets commettant des délits au cours de cet état second sont absolument irresponsables, puisqu'il n'existe chez eux aucune trace de conscience, aucune trace de volonté, aucune trace de mémoire.

Si l'on voulait être complet, on pourrait se demander quel est l'état ou le degré de responsabilité pour des sujets de cette sorte, quand ils commettent des délits soit dans la période prodromique de ces accès, soit peu de temps après la période de réveil. Il semble que la délimitation n'est nullement difficile à établir, puisque les éléments d'appréciation sont contenus dans l'état de la conscience, puis l'état de la mémoire. Tant que conscience d'une part et mémoire d'autre part sont complètes la

responsabilité existe ; tandis qu'au contraire il y a irresponsabilité complète pour toute la période d'état second. Peu importe d'ailleurs qu'il s'agisse d'un état second de nature épileptique, hystérique ou confusionnelle : les conclusions médico-légales sont absolument identiques. On peut même dire que c'est un des cas les plus formels et les plus commodes de la pratique médico-légale psychiatrique. Mais encore faut-il qu'il y ait parmi les médecins militaires un courant philosophique.

M. le Professeur Chavigny, dans son ouvrage sur le *Diagnostic des Maladies simulées*, soutient cette idée qu'il est désormais nécessaire de réclamer des médecins de l'Armée une connaissance plus régulière des maladies mentales.

Rari nantés in gurgite vasto !

En fait, il faut bien le dire, *l'esprit géométrique* s'efforce d'étouffer *l'esprit de finesse*, au point que la tendance actuelle est de nous ravir ces langues sublimes qui élèvent l'âme et perfectionnent la civilisation. Nous sommes loin des Athéniens chantés par Théodore de Banville. Ainsi méprisant la culture classique, l'on s'éloigne de la philosophie, *la science des sciences*, de l'étude de l'esprit dans son essor normal, aussi bien que dans ses manifestations pathologiques. Ainsi, surtout chez les intellectuels du jour, se développe avec la rigueur d'une inéluctable fatalité, l'exclusivisme, ou bien, le parti-pris.

CONCLUSIONS

I. — Sur un fond mental anxieux, se développe, à la suite des émotions des batailles, un syndrome confusionnel dont l'état second est l'expression clinique.

II. — On peut établir que l'évolution de ce syndrome se fait en trois périodes :

1° *Une période prodromique* : caractérisée par une désintégration primitive de l'Attention — faculté de synthèse mentale;

2° *Une période de début* représentée par l'apparition des états crépusculaires;

3° *Une période d'état* : celle-ci — caractéristique de l'état second — est constituée par l'évolution de l'Amnésie et des Impulsions anxieuses sur un substratum unique : la confusion mentale simple.

III. — Au cours d'un état second, tous les actes exécutés par le sujet échappent à la conscience, à la volonté, à la mémoire ; leur manifestation devient — pour celui qui en est l'objet — un témoignage d'irresponsabilité.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

PIC.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 Février 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTONINI. — Formes mentales présentées par les militaires aliénés retour du front, *Paris Médical*, décembre 1915, — *Revue Neurol.*, 1916. — *Il pensiero medico*, décembre 1915.
- ARINSTEIN. — Les névroses de guerre, 1915.
- BONOLA (Francesco). — Contribution à l'étude des psychonévroses de guerre. Note sur un cas de surdi-mutité d'origine psychique, *Giornale di medicina militare*, nov. 1915.
- BOUCHEROT. — Contribution à l'étude des maladies mentales dans l'armée en temps de guerre, *Thèse de Paris*, 1915.
- BABINSKI et FROMENT. — Hystérie, Pithiatisme, troubles nerveux d'ordre réflexe, Masson, 1917.
- CAMORS. — Les états seconds dans l'armée, *Thèse de Lyon*, 1912.
- CLAUDE, DIDE et LEJONNE. — Psychoses hystéro-émotives de la guerre, *Paris Médical*, 2 sept. 1916.
- COKKINIS. — Puérilisme mental, *Thèse de Lyon*, 1919.
- CORDIER. — Les états psychasthéniques frustes et la guerre, *Thèse de Lyon*, 1916.
- CHAVIGNY (P.). — Psychiatrie aux armées, *Paris Médical*, 27 juillet 1915, 23 octobre 1915, 1^{er} janvier 1916. — Diagnostic des maladies simulées.

- DUMAS (G.). — Les troubles mentaux de la guerre, *Revue de Paris*, 1916. — Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre, 1919.
- DEVAUX et LOGRE. — Les anxieux, *Masson*, 1917.
- DUMESNIL. — Les délires de guerre, *Thèse de Paris*, 1916.
- DUPOUY. — Notes statistiques et cliniques sur les troubles neuropsychiques de l'armée en temps de guerre, *Ann. méd. psych.*, 1915.
- DUPYTOUT. — La psychasthénie et les associations délirantes, *Thèse de Bordeaux*, 1914.
- FOURCADE. — La constitution émotive, *Thèse de Paris*, 1910.
- GILLES (A.). — L'hystérie et la guerre, *Ann. méd. psych.*, avril 1917.
- GRANCLAUDE. — Etude sur quelques-uns des accidents consécutifs à l'explosion, *Thèse de Lyon*, 1916.
- GRÜNBERG (Mlle Betty). — Troubles mentaux simulés par les délinquants et les criminels. Etude clinique et médico-légale, *Thèse de Montpellier*, 1918-19.
- HESNARD. — Un nouveau mal des tranchées : l'apathie affective, *Journal de psychol. normale et pathol.*
- HUOT et VOIVENEL. — L'anxiété pendant l'assaut, *Progrès Méd.*, 21 juillet 1917. — La psychologie du soldat, *Paris*, 1918. — Le courage, 1917.
- JACOBY. — Les victimes oubliées de la guerre moderne, *Arch. d'anthrop. criminelle*, 15 juin 1904.
- JABLONSKI. — Contribution à l'étude de la psychasthénie, *Thèse de Bordeaux*, 1918.
- LÉPINE (J.). — Troubles mentaux de guerre, *Masson*, 1917. — Commotion des centres nerveux par explosion, *Bull. Académie de Médecine*, 4 juillet 1916, *Société médico-chirurg.*, XIV^e région, 21 décembre 1915. — Artérites de fatigue, *Revue neurol.*, 1916. — Hystérie. Insuffi-

- sance rénale, *Revue de Médecine*, 1911. — L'épilepsie psychasthénique (mémoire rédigé en l'honneur du Professeur Raphaël LÉPINE, *Revue de Médecine*, 1911. — Folies périodiques et anaphylaxie cérébrale, *Rev. Neur.*, 1910.
- LAIGNEL-LAVASTINE et COURBON. — Etat second cataleptiforme post-confusionnel par émotion-choc, *S. M. P.*, 30 avril 1917.
- MALLET (R.). — Troubles psychiques et hallucinatoires chez le combattant, IV^e année, 3 décembre 1915, 25 avril 1916.
- RÉGIS. — Troubles psychiques et neuropsychiques de la guerre, *Presse Méd.*, 27 mai 1915.
- RENAUX. — Etats confusionnels consécutifs aux émotions des batailles, *Thèse de Paris*, 1915.
- Revue Neurologique* (1915-1918) avec compte rendus de la *Société de Neurologie*.
- SEIGNE (Max). — Les psychoses typiques pendant la guerre, *R. N.*, 1915-17.
- SIMONIN. — Les débiles mentaux dans l'armée, 1912, conférence, *Bull. off. de l'Union des Médecins de réserve*, janv. 1913. — De Verdun à Mannheim, P. VITET, Paris.
- THOORIS. — De l'adaptation du jeune soldat, *Arch. de Médecine milit.*
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Les états seconds après les combats.	17
CHAPITRE II. — Genèse des états seconds après les combats	31
CHAPITRE III. — Etude médico-légale.....	46
CONCLUSIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	59

